

اصول مستند سازی و اهمیت آن در مدارک پزشکی

اباذر حاجوی، عضو هیئت علمی و مدیر گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

نخست برای ورود به بحث، اهمیت نگارش را از زبان علمای دین مورد ارزیابی قرار می‌دهیم و آنگاه به اهمیت مستند انگاشتن، آنرا بویژه در علوم پزشکی می‌پردازیم.

پیامبر گرامی اسلام (ص) درباره گرانسنگ بودن نگارش چنین می‌فرماید: «هرگاه مومنی بمیرد و از او تنها یک ورق که بر آن علمی نگاشته شده باشد باقی بماند، همان یک ورق سپری بین او و آتش جهنم خواهد بود.» با توجه به این فرمایش پیامبر اکرم (ص)، ارزش نگارش مطالب علمی به حدی است که آنرا سپری بین نویسنده و آتش جهنم جلوه داده است.

پزشکان مسلمان علاوه بر درمان بیمار، باید اطلاعات بهداشتی و درمانی را به طور دقیق و کامل در اوراق مدارک پزشکی ثبت نمایند تا به وظیفه شرعی خود عمل کنند. با بررسی تاریخچه مدارک پزشکی پی می‌بریم که مدارک پزشکی، همزمان با تاریخ علم پزشکی و به موازات آن وجود داشته است و خوشبختانه در این زمینه پزشکان مسلمان همواره پیشگام بوده‌اند. «رازی» از نخستین طبایی است (بقراط قبل از رازی چند حکایت و گزارش طبی درباره بیمار دارد) که در هزار سال قبل به همانند روش بیمارستان‌های جهان برای درمان و مداوای بیماران در موقع ورود بیمار قبل از هر چیز در نظر می‌گیرند و پس از آن به درمان می‌پردازند، در نتیجه رازی تنها پزشک مسلمانی است که این نکته اساسی را در جهان پزشکی از خود به یادگار گذاشته است و با طریقی که تقریباً می‌توان گفت با اسلوب فعلی تفاوت چندانی ندارد به پژوهشگران علم نشان داده است. مدارک

پزشکی برای تداوم درمان بیمار و تشخیص مناسب پزشک دارای همان ارزش و اهمیتی است که دارو برای درمان می‌باشد. از مطالعه سوابق موجود چنین بهره برداری می‌شود که از روزهای آغاز شروع درمان بیمار، یادداشتهای و سوابق مربوطه به نوعی نگهداری می‌شده است. البته نمونه‌های اولیه، از لحاظ فرم و کارایی بسیار ابتدایی بوده است، ولی دارای همان ارزش و اهمیت و هدفی بوده‌اند که هم اکنون گزارش‌های پزشکی مدون از جمله اطلاعات کامپیوتری، دیسک‌های نوری و ابزارهای پیشرفته امروزی برای پزشکان و سیستمهای بهداشتی و درمانی فعلی دارند.

در این باره، یعنی حفاظت از نگاشته‌ها، امام صادق (ع) می‌فرماید:

«کتابهای خویش را حفظ کنید زیرا بزودی به آنها نیازمند خواهید شد.»

برونده‌های مدارک پزشکی، هرکدام کتاب‌گویی از درمان انجام شده بر روی بیمار و منبع باارزش برای استفاده‌های آماری، آموزشی و پژوهشی است. لذا با توجه به این مطالب و طبق فرمایش امام صادق (ع) حفظ و نگهداری آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

امروزه غالب کشورهای مترقی در زمینه علم پزشکی، که دست‌اندرکار تحقیقات گسترده‌ای هستند، ارزش و اهمیت ویژه‌ای برای مدارک پزشکی قایل بوده و سرمایه‌گذاری زیادی در این بخش از بیمارستانهایشان انجام می‌دهند، و توجه زیاد آنها به بخش مدارک پزشکی حاکی از کارایی و قابلیت‌های آن در زمینه‌های مختلف از جمله کمک به پژوهشگران علم پزشکی می‌باشد.

در ارتباط با لزوم نگارش دانش، امام حسن (ع) می‌فرماید:

«دانش را فراگیرید پس هرکدام از شما که قدرت دارد آنرا حفظ کند، آنرا بنگارد و در خانه‌اش جای دهد»

رسول اکرم (ص) نیز می‌فرماید:

«علم را از اشتباهات محفوظ نگهدارید. پرسیدند: چگونه؟ فرمود: بانگارش با توجه به فرمایش امام حسن (ع) و پیامبر اکرم (ص)، فراگیری دانش و ثبت و نگارش آن از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و بدون ثبت دقیق و کامل مطالب علمی (که از اصول اولیه مستندی سازی می‌باشد) آموزش نیز دچار نقصان خواهد گردید، لذا پزشکان مسلمان بایستی با استناد به این احادیث، بیش از سایرین با ثبت دقیق کلیه اطلاعات بهداشتی و درمانی بیماران گامی در جهت حفظ و ارتقاء علم پزشکی گام بردارند. چراکه همین اطلاعات ثبت شده می‌تواند در بعد آموزشی و پژوهشی مورد استفاده اساتید و محققین قرار گیرد و پزشکان مسلمان با ثبت دقیق اطلاعات خدمت بزرگی به جامعه آموزشی و تحقیقاتی کشور بنمایند، همانطور که کشورهای مرفعی در زمینه علم پزشکی، مدارک پزشکی و تحقیقات پزشکی را دو اصطلاح مترادف و مکمل همدیگر دانسته و معتقدند که پایه و اساس تحقیقات پزشکی بر مدارک پزشکی متکی بوده و هرچه مدارک پزشکی آنها کاملتر و پربارتر باشد، موفقیت آنها در زمینه پیشرفت و پژوهش در علم پزشکی و علوم وابسته به آن افزایش خواهد یافت.

جهت بیان اهمیت بیشتر موضوع به دو مثال زیر توجه فرمایید:

۱- بازدید داشتیم همراه دانشجویان مقطع کارشناسی مدارک پزشکی از سازمان نظام پزشکی (درباره درس جنبه‌های قانونی مدارک پزشکی) پس از بحث و گفتگوی مفصلی که در یک میزگرد با حضور مسئولین محترم این سازمان انجام گرفت یکی از نکات بسیار جالب و مهمی که توسط معاونت محترم سازمان (جناب آقای دکتر علی نوبخت حقیقی) بیان شد این بود که فرمودند

... ضمن اینکه پرونده‌ها را یک مدرک مستند قانونی می‌دانیم و صفحه به صفحه و کلمه به کلمه اش معنا دارد، کما اینکه در دادگاه‌هایی که در اینجاها (سازمان نظام پزشکی) داریم بعضاً می‌بینیم، حتی یک نیم خطی را که یک پرستار و یا بعضاً یک

بهیار نوشته فابل استناد قرار می‌گیرد و تعیین کننده است....

۲- برگه‌ای داریم در مدارک پزشکی بنام «مراقبت‌های قبل از عمل جراحی» که بدلیل اهمیت آن کلیه مندرجات این برگه دو بار بررسی و تایید می‌گردد (توسط پرستار بخش و پرستار اطاق عمل) و این بررسی در خیلی از موارد صرفاً با یک علامت () مشخص می‌شود. اتفاقی که در یکی از بیمارستانها (در بخش زایمان) افتاد، بدین قرار بود. خانم جوان ۲۳ ساله‌ای نیاز به عمل سزارین داشت و توسط بخش مربوطه برای عمل آماده می‌شد در قسمت پایین برگ مراقبت‌های قبل از عمل محلی است که نوشته شده: بیمار اعضاء مصنوعی دارد یا ندارد - خارج شده یا نشده. در این قسمت پرستار بخش با توجه به جوان بودن بیمار احتمال نمی‌داد در دهان او دندان مصنوعی باشد بنابراین بدون کنترل مورد (ندارد) را علامت می‌زند و متأسفانه بعد از بیهوشی بیمار و هنگام عمل دندان مصنوعی از محل خود خارج و قریباً موجب خفگی بیمار می‌شد که اقدامات به موقع او را از مرگ نجات داد.

با توجه به اهمیت ثبت اطلاعات که اشاراتی بدان شد حال ببینیم این نگاشته‌ها چگونه باشند تا بتوان از آنها به عنوان منابع آموزشی استفاده نموده و در موارد قانونی مورد استناد قرار گیرند.

قوانین مستندسازی

- ۱- توصیفی باشد: دقیقاً آنچه را که مشاهده می‌کنید شرح دهید و آنچه را که می‌بینید مستند کنید (فعالیت بیمار را شرح دهید نه آنچه را که فکر می‌کنید).
- ۲- صریح باشد: از اظهارات مبهم و کلی گویی‌ها اجتناب گردد، مثلاً بیمار شب ناراحتی را سپری کرده چیزی را صریح نمی‌گوید در حالیکه بیمار در طول شب ۱۰ مرتبه با اسهال بیدار شد، به ما می‌گوید که بیمار شب ناراحتی را سپری کرده و

چرا نتوانسته شب خوب بخوابد.

۳- از نقل قول مستقیم استفاده شود:

لزوماً از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید، و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید. بین کلمات بیمار از آنچه شما مشاهده کرده‌اید، با قرار دادن نقل قول بیمار در علامت نقل قول، تفاوت قائل شوید. بنابراین سایرین متوجه می‌شوند که جمله دارای علامت نقل قول، دقیقاً چیزی است که بیمار گفته است.

مثلاً این مطلب که خانم حسینی اظهار نمود: «من سردرد دارم» مشخص است و درد را توسط بیمار توصیف می‌کند.

شنیده‌ها را ثبت نکنید، نظیر آنچه که شخص دیگری دربارهٔ بیمار به شما می‌گوید. به عنوان مثال همسر خانم حسینی گفت «همسر من غذای اینجا را دوست ندارد»

۴- مستند سازی بهنگام باشد:

چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می‌شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود. بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی، تجویز داروها و انجام درمان‌ها و اطلاعات مربوطه را همیشه بعد از دادن دارو یا انجام درمان و نه قبل از آن، ثبت کنید.

اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید و آنرا بعد از سایر مستندات به پرونده بیمار اضافه کردید بایستی داده ثبت شده را به عنوان ورودی دیر ثبت شده مشخص کنید. (تحت عنوان Late entry).

۵- مستند سازی واضح و مداوم باشد:

کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املاء صحیح، نقطه‌گذاری و جمله‌بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است. جمله (بیمار حمام شده در ویلچر در راهرو) جمله واضحی نیست. آیا منظور این است که

بیمار حمام شده و سپس در راهرو بر روی صندلی چرخدار قرار گرفته است. اطلاعات بایستی با روش منطقی و متوالی ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد. جهت مستندسازی از ساختار مشخص شده توسط موسسه درمانی استفاده کنید.

خودتان اختصارها را اختراع نکنید. چنانچه از استاندارد بودن اختصار مطمئن نیستید به رفرنسهای مربوطه مراجعه کنید. فرم مربوطه را با ذکر نام و نام خانوادگی و طبقه شغلی امضاء کنید.

در فرم خط خالی نگذارید و با ثبت اطلاعات بترتیب تاریخ از همه خطوط استفاده کنید. چنانچه مستندسازی را بر روی پشت صفحه یا یک صفحه جدید ادامه می‌دهید، کلمه ادامه را نوشته و مجدداً تاریخ و ساعت را قبل از ورود داده‌ها بنویسید. چنانچه بین داده‌های ورودی، یک خط خالی قرار گیرد، باید یک خط بر روی آن کشیده شود.

۶- اشتباهات مستندسازی ثبت شود:

چنانچه دچار اشتباه شوید، هرگز آنرا پاک نکنید. یک خط بر روی قسمت اشتباه بکشید و در یک پراکنش ذکر کنید اشتباه (Error)، (تذکر باید خوانا باشد). پاک کردن و استفاده از مایع تصحیح (لاک) در پرونده بیمار غیر قانونی است. اینکار می‌تواند به عنوان سرپوشی بر کیفیت پایین مراقبت درمانی یا یک اشتباه در مراقبت بیمار تلقی شود.

۷- همه اطلاعات مربوطه ثبت شود:

پرستاران می‌بایست یادداشتهای پزشک را مطالعه کنند، چنانچه هر اطلاعاتی از قلم افتاده باشد. آنها مسئول ثبت آن در یادداشتهای پرستاری هستند. سپس باید آن را به پزشک نشان دهند. تمام ارتباطهایی که با سایر اعضای تیم درمانی جهت درمان بیمار وجود داشته باشد باید ثبت شود.

تذکر:

چنانچه پرونده‌ها تحت بررسی قرار گیرند و یا شما به دادگاه احضار شوید، اگر اطلاعات با اقدامات انجام شده ثبت نشود، از نظر قانون آن کار انجام نشده است.

۸- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد:

منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات، ارزیابی‌ها و اقدام‌های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

تذکر: اهمیت مستندسازی دقیق در مراقبت درمانی، اغراق‌آمیز نیست و کلیه اعضای تیم درمانی باید اطمینان یابند که کلیه اقدام‌های درمانی بطور کامل و دقیق ثبت شده است.

برای وصول به اهداف مستندسازی اقدامات زیر صورت می‌گیرد:

جهت مستندسازی دو نوع بررسی (کمی و کیفی) در بخش مدارک پزشکی انجام می‌شود.

هدف از بررسی کمی: - اطمینان یافتن از کامل بودن تعداد اوراق پرونده (برای مثال در اعمال جراحی بایستی اوراق مراقبت قبل از عمل جراحی - بیهوشی - گزارش عمل جراحی و مراقبت بعد از عمل جراحی حتماً وجود داشته باشد).
- وجود امضاء پزشک - پرستار... و وجود تاریخ در پرونده

هدف بررسی کیفی: - دقیق بودن داده‌ها

- یا کفایت بودن داده‌ها

معیارهای بررسی کیفی:

- ۱- آیا تاریخچه بیماری فعلی به زیان خود بیمار ثبت گردیده است؟
 - ۲- آیا تاریخچه بیماری شامل سوابق خانوادگی و بررسی سیستم‌های بدن می‌باشد؟
 - ۳- آیا دستورات پزشک مشخص‌کننده مشکلات کلینیکی می‌باشد؟
 - ۴- آیا مدرکی وجود دارد که نشان دهد هر دستور صادر شده، اجرا شده است؟
 - ۵- آیا یادداشت‌های سیر بیماری بیانگر مشکلات بیمار است و دلایل تصمیم‌های درمانی ذکر شده است؟
 - ۶- آیا به منظور استفاده از علائم و اختصارات قواعد و قوانین مربوطه پیگیری شده است؟
- توجه. بررسی کیفی نیاز به همکاری متقابل متخصصان مدارک پزشکی و کادر پزشکی با یکدیگر دارند.

نتایج بررسی‌ها:

- نیاز به طراحی فرمهای بهتر
- اصلاحاتی در ارتباط با گردآوری، پردازش داده‌ها
- بالا بردن سرعت انجام فعالیت‌ها اگر وقفه‌ای باشد
- نتایج فوق از طریق مدیر مدارک پزشکی به کمیته مدارک پزشکی منعکس شده و کمک بزرگی در ارزیابی کیفیت مراقبت از بیمار خواهد داشت.
- ارزیابی کیفیت مراقبت از بیمار برعهده:
- کمیته مدارک پزشکی
- کمیته اطمینان کیفی
- کادر پزشکی و سایر مسئولین مربوطه خواهد بود.

ارزیابی بخش مدارک پزشکی توسط وزارت بهداشت:

در برنامه ارزیابی که توسط وزارت بهداشت تهیه گردیده و از اول سال ۱۳۷۷ به مورد اجرا گذاشته شده است از ۱۰۰ امتیازی که برای ارزیابی کلیه فعالیتهای مراکز بهداشتی و درمانی در نظر گرفته شده ۱۰ امتیاز آن مربوط به بخش مدارک پزشکی است که در این خصوص اهم مسائل مورد نظر در ارزیابی که به این بحث ارتباط دارد بشرح زیر می باشد:

الف - برگ پذیرش بیمار باید تایپ شده (ماشین تایپ یا رایانه ای) باشد و در صفحه اول پرونده درج گردد.

ب - کلیه محتویات پرونده باید یا به صورت ماشین یا با خط خوانا و واضح باشد و در صورت استفاده از کلمات لاتین باید از املاء صحیح استفاده گردیده و کلمات به صورت کامل و خوانا نوشته گردد.

ج - ذکر نام کامل داروها و اسامی و اصطلاحات ضروریست و نباید از علائم اختصاری (بجز از علائم اختصاری و نمادهای رایج و استاندارد) استفاده شود، در غیر اینصورت در ثبت اولیه علامت اختصاری در متن باید معادل کامل آن در داخل پرانتز ذکر شود.

د - در برگ شرح حال علاوه بر مشخصات بیمار، تاریخ و ساعت معاینه، شکایت اصلی، شرح بیماری فعلی، لازم است، حداقل موارد زیر ذکر و ثبت گردد:

- مسائل مهم از تاریخچه قبلی شامل تمام موارد بستری با ذکر تاریخ و محل دقیق بستری

- تاریخچه دارویی شامل فهرست تمام داروهای مصرفی مهم قبلی و فهرست تمام داروهای مصرفی فعلی

- فهرست کلیه حساسیت های شناخته شده (دارویی و غیردارویی) کلیه حساسیت های مهم باید علاوه بر درج در برگ شرح حال، در کاردکس دارویی

بیمار با رنگ مشخص ثبت گردد.

- رئوس تاریخچه فامیلی

- توصیف وضعیت عمومی بیمار در زمان معاینه

- علائم حیاتی در زمان معاینه (تعداد ضربان قلب - فشار خون ماگزیمل و مینیمم

- تعداد تنفس - درجه حرارت)

- رئوس یافته‌های مهم معاینه فیزیکی با تاکید بر یافته‌های ارگان و یا عضو و یا

ناحیه مبتلا و سایر نواحی

- در پایان صفحه شرح حال باید تشخیص‌های احتمالی ذکر گردیده، نام و نام

خانوادگی پزشک معالج و تاریخ و ساعت ویزیت خوانا نوشته شده و سپس

توسط پزشک معالج مهر و امضاء گردد...

منابع

۱- حاجوی، اباذر، رهنمودهای اسلام در تولید، و حفظ اطلاعات پزشکی،

دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران شماره ۲۱ و

۲۲ سال

۲- نوبخت حقیقی، علی، (نوار سخنرانی ۷۲/۹/۲۲) - (معاونت محترم سازمان

نظام پزشکی)

۳- فرزندی‌پور، مهرداد، اصول مستندسازی اطلاعات بهداشتی و درمانی،

مقالات سمینار علمی مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی و درمانی کاشان

۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

5- Skurka, margaret fletter "Organization of Medical Records departments" American Hospital publishing. INC. 1988.